

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 53

PRODUCTIONS KYSTIQUES DE L'OVAIRE

LIÉES A LA TUBERCULOSE

(Tuberculose inflammatoire de l'ovaire)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Mars 1913

PAR

M^{lle} Cira PEWSNER

Née à Mariupol (Russie), le 18 février 1889.



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

Mars 1913

PRODUCTIONS KYSTIQUES DE L'OVAIRE
LIÉES A LA TUBERCULOSE

(Tuberculose inflammatoire de l'ovaire)

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 53

PRODUCTIONS KYSTIQUES DE L'OVAIRE

LIÉES A LA TUBERCULOSE

(Tuberculose inflammatoire de l'ovaire)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

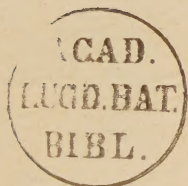
Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Mars 1913

PAR

Mlle Cira PEWSNER

Née à Mariupol (Russie), le 18 février 1889.



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

Mars 1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM. REGAUD.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLESMAUD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch....
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch ...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUG. POLLOSSON, Président; M. VILLARD, Assesseur;

MM. LAROYENNE et LERICHE-Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie cet humble travail, bien
faible témoignage de profonde re-
connaissance et de tendre affection.

A MON FRÈRE

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique,
Chirurgien-major de la Charité.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

Nous avons toujours suivi avec grand
intérêt son enseignement clair et pra-
tique, qu'il veuille bien recevoir l'ex-
pression de notre sincère gratitude.

Sa bonté envers les malades nous
servira d'exemple.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LERICHE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

A MES MEMBRES DE JURY

Nous remercions, tout particulièrement, Monsieur le Docteur VIOLET, chef de laboratoire de la clinique gynécologique.

Il nous a inspiré l'idée de ce travail, pour lequel il nous a aidée de son temps et de ses conseils.

Nous lui en sommes très reconnaissante et le prions d'agréer nos sincères remerciements.

Nous remercions aussi MM. les Docteurs JAMIN, QUINCIEU et PELLANDA pour leur constante bienveillance et pour le bon accueil qu'ils nous ont fait à la clinique gynécologique.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au niveau des organes génitaux, comme au niveau de tous les autres organes, la tuberculose peut apparaître avec ses caractères spécifiques bien reconnaissables par l'anatomo-pathologiste.

Mais, à côté de ces formes avec signature « tuberculose », à évolutions différentes (granulations, tubercules, infiltration caséeuse), on voit parfois des lésions purement congestives, inflammatoires, scléreuses, indice d'une tuberculose mitigée, moins grave, essentiellement phlegmasique.

Cette forme de tuberculose atténuée, soutenue pour la première fois par M. le professeur Poncet, au Congrès de chirurgie, en 1897, en faveur du rhumatisme tuberculeux, et les années suivantes dans plusieurs communications à l'Académie de médecine, au Congrès de chirurgie en 1903, et à l'Académie de médecine le 18 octobre 1904.

M. le professeur Poncet et M. Leriche attirèrent l'attention sur une forme de tuberculose qui peut exister sans lésion spécifique : tubercules, cellules géantes, et peut se localiser non seulement sur les articulations, mais sur tous les organes.

C'est ainsi que ses élèves ont publié, dans leurs thèses,

des localisations de tuberculose inflammatoire sur le péricarde (1), sur les articulations (2), sur l'iris (3), qu'ils ont décrit le pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse (4), etc.

Il y a deux ans, en 1910, notre attention fut attirée, par l'article de MM. Poncet et Leriche, sur la tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel de la femme.

Les divers troubles de la fonction génitale : dysménorrhée, stérilité, hydrosalpinx, ovarite kystique, peuvent être dus à cette forme de tuberculose.

Il s'agit de femmes qui n'ont jamais présenté une affection gynécologique quelconque (gonorrhée, infection post-partum ou post-abortum) et, par contre, si on fouille dans leur passé, on trouve des antécédents tuberculeux soit personnels, soit héréditaires; dans l'enfance, une péritonite bacillaire qui a guéri, mais a laissé des adhérences qui peuvent fermer la trompe et provoquer un hydrosalpinx sans lésion spécifique de la muqueuse tubaire, un foyer de tuberculose pulmonaire, de tuberculose ganglionnaire, une annexite bacillaire. La toxine tuberculeuse créée dans ces différents foyers, lancée dans le torrent circulatoire, peut se fixer sur tous les organes et fréquemment sur l'appareil génital.

L'ovaire, grâce à sa fonction périodique (maturation du follicule, formation du corps jaune), est particulièrement prédisposé à subir l'intoxication tuberculeuse, qui se traduit par l'apparition de lésions polymorphes déter-

(1) Thèse de J. Maynet 1904 (Péricardite inflammatoire d'origine tuberculeuse).

(2) Thèse de L. Zemb 1904 (Rhumatisme tuberculeux).

(3) Thèse de M. Fonsagrives (Iritis d'origine tuberculeuse).

minant la production de kystes folliculaires ou de kystes du corps jaune.

C'est cette variété de tuberculose inflammatoire, à localisation ovarienne, que M. le professeur A. Pollosson a eu plusieurs fois l'occasion d'observer, dans sa clinique gynécologique, que nous voulons porter à l'étude dans cette thèse.

Nous présenterons les observations des malades, leur étude aussi complète que possible, et nous tâcherons d'en tirer des conclusions utiles au point de vue du diagnostic et du traitement.

Nous diviserons notre travail en sept chapitres.

Dans le premier, nous citerons les observations de nos malades.

Le second comprendra l'analyse de nos observations.

Le troisième traitera des considérations étiologiques et pathologiques auxquelles nous avons été conduite par l'étude des observations que nous avons pu recueillir.

Dans le quatrième, nous donnerons les symptômes et les formes cliniques des productions kystiques de l'ovaire.

Les cinquième, sixième et septième comprendront le diagnostic, le pronostic et le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique de M. le Professeur POLLOSSON.)

A. V..., 29 ans, entrée à l'hôpital le 23 mai 1909. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, pendant quatre jours. Mariée à 18 ans. N'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

A 11 ans, la malade présente une péritonite qui la tient au lit pendant trois mois. Depuis, très bonne santé. Il y a dix-huit mois, la malade présenta des nausées et des vomissements, et divers troubles qui lui firent penser qu'elle était enceinte, ses seins augmentés de volume donnaient du lait à la pression. Comme elle continuait d'être régulièrement réglée, elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle avait un kyste. La malade n'a jamais souffert du ventre et son ventre n'a pas augmenté de volume. Jamais de constipation. Depuis six mois elle présente le soir, après une journée de fatigue, de l'incontinence d'urine qui cesse dès que la malade se met au lit. Pas de pertes blanches.

Au toucher : le fond utérin est fortement déjeté à droite, dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse du volume d'un gros poing, de consistance molle, avec des noyaux indurés débordant dans le cul-de-sac antérieur, et paraissant adhérente au bord latéral de l'utérus dont elle est séparée cependant par un sillon.

2 juin 1909 (M. le docteur Gayet), incision de Pfannens-tiel. Les anses intestinales présentent entre elles et avec

l'utérus de nombreuses adhérences qui semblent bien représenter les reliquats d'une ancienne péritonite bacillaire.

A droite, volumineux kyste tubo-ovarien pénétrant très profondément dans le ligament large. Décortication difficile, on s'aperçoit qu'avec le kyste on a enlevé la trompe. L'ovaire droit n'a pas été vu. A gauche également, kyste tubo-ovarien, s'infiltrant dans le ligament large, mais moins volumineux. On laisse l'utérus par suite des nombreuses adhérences intestinales. Opération relativement longue (une heure et quart). Suites simples.

1912. La malade va très bien, et se livre sans peine à toutes ses occupations.

La malade ne présente aucune infection génitale (pas d'infection gonorrhéique au début du mariage, ni plus tard) qui puisse expliquer ces formations kystiques tubo-ovariennes, et par contre la péritonite, probablement bacillaire dans l'enfance, peut trancher le diagnostic vers les productions tuberculeuses inflammatoires.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

G. P..., âgée de 27 ans, entrée à l'hôpital le 25 mai 1909. Réglée à 14 ans toujours régulièrement; la malade s'est bien portée jusqu'à l'âge de 19 ans. Jamais de bronchite, rien qui puisse faire penser à une péritonite bacillaire. Pas d'antécédents bacillaires familiaux. A 19 ans la malade, qui n'avait jamais souffert du ventre auparavant, est prise brusquement d'une douleur du ventre sans localisation spéciale; la malade eut des vomissements, de la fièvre. Un mois après le début on lui ouvrit un abcès par le vagin (M. le docteur Durbesson assista à l'opération), le diagnostic d'appendicite aurait été fait.

A la suite de cette colpotomie il persiste une fistule qui donnait du pus.

Six mois après, elle est reprise de douleurs, et dans l'espace d'un mois on lui refit deux colpotomies, puis drainage abdomino-vaginal droit. La malade se remit bien, mais il persiste une fistule vaginale depuis, et la malade a continuellement perdu du pus en abondance variable.

Elle s'est mariée à 27 ans, n'eût jamais d'enfants, ni de fausse couche. Il y a un an elle est reprise de phénomènes douloureux aigus, qui furent calmés en huit jours par des applications de glace. Nouvelle crise douloureuse il y a quinze jours. Pas de trouble de la miction. Au toucher, on sent dans le Douglas l'orifice à bords indurés de la fistule. L'utérus est en bonne position.

A droite, on trouve une masse du volume d'un poing, remontant vers la fosse iliaque droite, mobile, descendant dans le Douglas.

A gauche, on sent une masse plus petite.

Opérée le 29 mai. Castration totale. Tuberculose annexielle, début à 19 ans. Masses kystiques bilatérales.

A été opérée cinq fois par le vagin ou par le ventre. Trajet vaginal fistuleux. Hydrosalpinx droit. Partie guérie le 27 juin 1909.

Examen histologique : 1° la trompe présente des lésions tuberculeuses avancées, avec fongosités, infiltration caséuse, cellules géantes.

2° Sur les fragments de kystes on constate d'abord l'existence d'une paroi musculaire lisse très abondante, parcourue par les gros vaisseaux, comme s'il s'agissait d'un kyste du ligament large.

Dans la partie la plus interne de la paroi on trouve, au milieu d'un tissu conjonctif lâche, des dilatations kystiques assez régulières, tapissées d'un endothélium très régulier, qui correspondent sans doute à des formations aux dépens du tissu embryonnaire.

3° On constate des débris ovariens très nets formés par le corpora albicantia ancien et, en un point de la surface interne du kyste, des formations lutéiniques disposées très régu-

lièrement en surface, par endroits infiltrés de sang; il s'agit à n'en pas douter d'un kyste lutéinique.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur POLLOSSON.)

Juin 1909. — Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, qui a consulté en ville M. le professeur Pollosson, pour stérilité. Peu de douleurs.

A l'examen : on trouve des masses annexielles bilatérales, l'utérus est en bonne position.

On pense aux annexites, aux kystes ovariens et on décide l'intervention.

La malade a eu à 4 ans une péritonite qui dura trois mois, avec phénomènes graves, elle était soignée par M. le docteur Audry, pour péritonite tuberculeuse.

Opération à Sainte-Marthe, le 14 juin 1909, par M. le professeur Pollosson. On tombe sur un kyste de l'ovaire droit du volume de deux poings, de ce côté le pavillon est ouvert, étroit, à son milieu existe un renflement du volume d'une noix, caséeux. On enlève l'annexe de ce côté. Nombreuses adhérences autour de l'utérus et des annexes.

De l'autre côté l'ovaire est sain, le pavillon est ouvert, la trompe est sectionnée en son milieu et les deux bouts taillés en fuseau et fermés sont séparés au moins d'un centimètre.

A chacune des extrémités de ces deux moignons tubaires, existe un petit foyer caséeux du volume d'une grosse tête d'épingle en verre.

Examen histologique : n'a porté que sur les moignons des trompes, l'ovaire kystique n'a pas été prélevé, mais à l'examen macroscopique on ne trouve aucune lésion tuberculeuse.

Sur la trompe, au niveau des moignons caséifiés, on cons-

tate à l'examen microscopique des lésions de tuberculose très nettes; c'est dans un foyer de nécrobiose, qui a détruit complètement la muqueuse et formé dans la musculuse des nodules inflammatoires, situés assez profondément, qu'on trouve des cellules géantes très nettes qui ne permettent pas de douter de la nature tuberculeuse de la lésion.

Sur les coupes de cette trompe on trouve des lésions qui se rencontrent souvent dans les salpingites chroniques, ce sont des formations glandulaires en plein muscle, formation rappelant les adénomyomes.

La malade continue à être soignée par M. Pollosson. Son état général est convenable, mais elle est sujette à des rhumes fréquents. Dans la région opératoire se produit de temps en temps une tuméfaction donnant l'impression d'une petite collection de péritonite enkystée, laquelle se résout sous l'influence d'un traitement révulsif.

Les règles sont extrêmement faibles, quelquefois limitées à une apparition de quelques heures.

Elle est donc presque aménorrhéique.

OBSERVATION IV

(Dué à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

Juillet 1909. — G. T..., 29 ans. Pas d'antécédents tuberculeux, ni personnels, ni héréditaires.

A 20 ans, opérée par M. Jaboulay, pour de la dysménorrhée et à la suite d'une intervention simple fut guérie.

Peu de temps après, la malade voit son ventre grossir; en même temps réapparaissent les douleurs prémenstruelles et menstruelles.

A l'examen, on sent dans le Douglas une grosse masse kystique, et dans la fosse iliaque gauche une autre masse moins volumineuse, kystique également. L'utérus est situé entre les deux masses kystiques.

A l'opération, on trouve de chaque côté un kyste intraligamentaire. A droite, kyste du volume d'une tête fœtale, rien de particulier. A gauche, kyste plus petit, du volume d'une orange, coiffé par la trompe, qui s'oblitére sur 5 ou 6 centimètres de parcours. Il semble qu'on retrouve à la coupe, un peu plus loin, sa lumière remplie de fongosité. Au niveau de la base de la trompe, entre la trompe et l'ovaire, petite masse qui se montre constituée à la coupe par une coque fibreuse épaisse, blanchâtre, renfermant une masse fongueuse.

On prélève deux morceaux de la trompe fongueuse et un morceau de la coque fibreuse avec ses fongosités.

Examen histologique : sur un morceau de la trompe on ne constate que des formations épithéliales rappelant les franges tubaires soudées les unes aux autres. L'épithélium est encore assez bien conservé avec des formations pseudo-kystiques. Le tissu inter-glandulaire est presque toujours transformé en tissu épithéloïde avec cellules à protoplasma vitreux, çà et là franchement caséifié ; çà et là avec des cellules géantes ; en un point une cellule géante à double couronne.

Sur le deuxième morceau on constate les mêmes lésions de la muqueuse, mais ici on reconnaît la paroi tubaire avec une musculature intacte et une sous-séreuse épaissie, avec des poins inflammatoires çà et là.

Sur le troisième morceau il existe ces mêmes formations pseudo-glandulaires, mais ici elles reposent sur une paroi conjonctive infiltrée de petites formations kystiques, les unes arrondies, les autres en raquettes, les autres en forme de folioles. Il s'agit d'un épithélium reposant immédiatement sur le tissu fibro-conjonctif, sans tissu cytogène tout autour.

En somme : tuberculose tubaire éteinte, masse fongueuse tuberculeuse à point de départ difficile à établir entre la trompe et l'ovaire.

Mais en un point de la paroi, nettement prolykystique,

appartenant au kyste, on trouve ces mêmes masses fongueuses.

OBSERVATION V.

(Aix-les-Bains, M. le Docteur DUVERNAY.)

9 juillet 1910. — M^{lle} L..., 30 ans, non mariée.

Dysménorrhée. A l'âge de 15-16 ans, a fait une maladie avec douleurs et ballonnement du ventre. Le tout a exigé trois mois de lit. On fait le diagnostic de péritonite bacillaire.

Souffre de ses règles davantage depuis un an.

Depuis trois mois a vu son ventre devenir douloureux et plus gros du côté gauche.

A l'examen, l'utérus est en avant, petit, en bonne position. A gauche, on trouve une masse remontant à deux travers de doigt de l'ombilic, occupant toute la fosse iliaque gauche, débordant la ligne médiane du côté droit, plongeant profondément dans le pelvis, nettement fluctuante.

Sur la ligne médiane, au-dessus du fond utérin, on sent une plaque antérieure indurée, douloureuse, faisant corps avec la paroi et s'immobilisant lors de la contraction des muscles droits de l'abdomen.

On discute le diagnostic de kyste, fibrome avec torsion, annexité ? La portion indurée est difficile à expliquer.

La laparotomie fut pratiquée par M. le professeur A. Pollosson, en présence du docteur Gros, de Nancy. Symphyse de la majorité des anses grêles. Plaque de péritonite avec adhérences à la zone indurée pariétale.

Kyste de l'ovaire bilatéral. Kystes à parois minces, contenu séreux, sans végétation, avec bords s'affaissant immédiatement. En certains points on trouve des masses caséueuses, enkystées, fusionnant l'S iliaque avec des débris tubaires ou ovariens. La libération de l'S iliaque est très difficile.

On fait 7 à 8 perforations et on est même obligé d'enlever une portion de cet intestin.

Suture. Mickulicz.

Mort par shock et péritonite.

OBSERVATION VI

(Clinique de M. le Professeur POLLOSSON.)

A. C..., âgée de 35 ans, entrée à l'hôpital le 20 février 1911. Réglée à 13 ans. Règles toujours douloureuses, durant huit jours, abondantes. Eut la fièvre typhoïde à 7 ans, à 21 ans, une maladie abdominale, prise par les uns pour une fièvre typhoïde, par les autres pour une péritonite tuberculeuse.

Mariée à 20 ans. Premier accouchement en 1900 à terme. Deuxième accouchement à terme en 1901. Pas de suites de couches, pas de fausse couche.

Mari tuberculeux, mort après cinq ans de mariage. Elle se remarie. Pas d'enfant. Depuis trois ans environ, la malade souffre par périodes de coliques abdominales surtout dans la région hypogastrique.

Le 2 janvier 1911, douleur abdominale brusque avec irradiation lombaire, vomissements et ballonnement très marqué du ventre. Pas de pertes à ce moment. Pas de température.

Le 20 janvier, nouvel accident semblable à celui du 2 janvier, mais de courte durée. La malade est envoyée dans le service par M. le docteur Jamin.

A l'examen : l'utérus est en position verticale, ne paraît pas gros, le col est à peu près normal, sauf une hypertrophie légère de la lèvre antérieure. En avant, et à droite de l'utérus on perçoit une masse molle, fluctuante, du volume d'une orange, très mobile. Les deux crises douloureuses accusées par la malade correspondent vraisemblablement à une torsion du kyste.

Opérée le 23 février 1911. Kyste de l'ovaire droit. Hydrosalpinx. Il y a des adhérences entre le kyste, la paroi utérine et le péritoine pariétal. Ablation de l'ovaire et de la trompe. A gauche, la trompe est flexueuse, fermée, dilatée comme la droite, on fait une incision et une suture de retournement du bord de l'incision.

Le contenu du kyste est hématique, du côté du pavillon l'oblitération est complète, et du côté de la région isthmique il existe une section avec deux moignons oblitérés.

Ablation des annexes d'un côté et salpingostomie de l'autre côté. On envoie le liquide pour culture à la Faculté. Le résultat est négatif.

C'est une observation difficile à interpréter. Mais comme la malade ne présente aucun passé gynécologique (ni gonorrhée, ni fièvre puerpérale) et d'autre part a eu une infection abdominale, probablement tuberculeuse, et a vécu dans un milieu tuberculeux (mari mort tuberculeux), on peut admettre que le kyste de l'ovaire et l'hydrosalpinx constatés à l'intervention sont liés à la tuberculose.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

Tuberculose hypertrophique de la trompe avec kyste tuberculeux inflammatoire.

Février 1912. — M. le docteur Violet présente une pièce de tuberculose génitale, provenant d'une opération faite chez une malade dont l'observation est intéressante à plusieurs points de vue.

Le premier point sur lequel je désirerais attirer l'attention est celui de la forme anatomique de cette production tuberculeuse. Il s'agit, en effet, d'un kyste de l'ovaire lié très probablement à de la tuberculose inflammatoire, c'est-à-dire à la tuberculose non signée histologiquement et bac-

tériologiquement, mais développé au contact d'une tuberculose tubaire vérifiée histologiquement et bacériologiquement.

Le deuxième point intéressant a trait aux conditions opératoires dans lesquelles se trouvait cette malade.

Rapportons d'abord l'observation résumée de cette malade :

Il s'agissait d'une malade de 31 ans, mariée, sans enfant, ayant pu être contaminée par sa mère, morte tuberculeuse. Il y a un an elle fut atteinte d'une tuberculose pulmonaire très grave, qui fut soignée par M. le docteur Balvay.

L'affection dura cinq à six mois.

Après une amélioration de quelques mois, la malade fit une poussée du côté de l'intestin et des phénomènes entériques graves apparurent. Au mois de septembre dernier, un an après les premiers symptômes pulmonaires, une tuméfaction de la fosse iliaque gauche apparut, augmentant progressivement. Cette tumeur fut ponctionnée, il s'écoula un liquide séreux, jaune citrin. On en retira plus d'un litre. Quelque temps après la tumeur était aussi volumineuse.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire fut établi et la malade me fut adressée. A ce moment, février 1912, au point de vue local on constatait une masse fluctuante occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, du volume d'une tête d'adulte, indolente à la pression. L'utérus était dévié à droite, indépendant. Au toucher rectal on sentait la base du ligament large correspondant à la tumeur dure et infiltrée. Localement on faisait le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche. L'état général de cette malade était très mauvais, le facies était pâle, terreux, très amaigri. Il y avait un gros œdème des parties inférieures remontant dans le dos jusqu'à la région lombaire. L'urine contenait de l'albumine : 12 grammes par litre ; à l'acide azotique on avait un précipité rapide, abondant, occupant dans le verre à pied, où

l'on faisait l'analyse, au moins le tiers de la hauteur de l'urine. Avec cela la malade avait de la température : 39°5 le soir.

En présence d'un semblable fait, il me semblait difficile de rattacher à cette lésion gynécologique l'ensemble de ces symptômes. Il aurait fallu admettre un kyste suppuré pour expliquer la température, l'albuminurie, la cachexie. Or, ce kyste étant indolent et peu tendu, je fis un cathétérisme de l'uretère pour me rendre compte si l'albuminurie était bilatérale et à peu près égale des deux côtés. Devant la difficulté de l'intervention opératoire, je proposais à la famille de prendre l'avis de M. le professeur A. Pollosson.

M. le professeur A. Pollosson, après avoir bien examiné toutes les difficultés que l'on avait à expliquer, tous les symptômes par une affection gynécologique, concluait nettement pour l'intervention, en se basant sur cette opinion que la malade devait être tenue pour condamnée sans opération et que seule l'intervention pouvait offrir une chance de salut.

Couvert par cette haute autorité, j'acceptai de pratiquer l'intervention.

Entre temps, la malade avait été mise au régime déchloruré qui avait déterminé une polyurie abondante et avait fait disparaître l'œdème en quelques jours.

L'intervention fut faite avec l'anesthésie à l'éther. Elle fut conduite le plus rapidement possible à cause de la faiblesse de la malade, mais nous fûmes toutefois en présence de grosses difficultés, car nous tombâmes sur un kyste intraligamentaire avec une trompe tuberculeuse adhérente à l'S iliaque.

Les suites opératoires furent simples et la malade quittait la clinique le vingtième jour; depuis, l'albuminurie a diminué de 12 grammes à 8 grammes, mais n'a pas disparu.

En somme, plusieurs points sont intéressants dans cette observation. C'est tout d'abord la relation de l'albuminurie avec les lésions gynécologiques. L'albuminurie était-elle

sous la dépendance de la lésion gynécologique? Si oui, il était logique d'intervenir. L'albuminurie des fibromes est bien connue, et nous connaissons un certain nombre de cas soit personnels, soit appartenant à M. Pollosson, dans lesquels l'ablation du fibrome a fait cesser l'albumine. Dans les kystes de l'ovaire l'albuminurie n'est pas signalée et est en tout cas moins facile à expliquer, sauf les cas de kyste intraligamentaire ou de kyste suppuré, auxquels cas l'albuminurie est d'origine infectieuse sanguine. Dans notre cas il faut admettre qu'il existait une néphrite probablement de même nature tuberculeuse qui était aggravée par les résorptions infectieuses, qui se passaient au niveau de la trompe malade.

A ce point-là l'indication opératoire était très correctement posée, et la malade a bénéficié de la suppression d'un foyer de tuberculose qui à ce moment passait au premier plan.

Le second point sur lequel je tiens à insister, c'est l'existence de ce kyste de l'ovaire à contenu séreux, à côté de cette trompe tuberculeuse.

En effet, cette pièce comprend :

1° Une trompe tuberculeuse avec localisation prédominante au niveau du pavillon. Le pavillon est ouvert, les franges sont étalées comme à l'état normal au tiers de son orifice, mais elles sont très hypertrophiées; l'ensemble du pavillon tubaire est large au moins comme la paume de la main les parois sont épaissies, gonflées, souples, avec çà et là des ulcérations véritables. Le reste de la trompe, c'est-à-dire la partie ampullaire et la partie isthmique, est allongée, entoure en écharpe le kyste intraligamentaire sous-jacent et présente 18 centimètres de longueur. Les parois sont épaissies, sa lumière est perméable et ne contient que quelques gouttes de pus. A l'ouverture, cette trompe présente dans toute son étendue une muqueuse presque lisse, les plis et les villosités ont disparu. Il s'agit donc d'une forme hypertrophique végétante de la tuberculose de la trom-

pe, intéressant surtout le pavillon tubaire et ses franges. Il n'existait donc point de collection tubaire, et dans le fond du Douglas entre les franges, il existait à peine une cuillerée à café de pus.

2° Un kyste de l'ovaire partiellement intraligamentaire à contenu séreux, à surface interne lisse, sans végétations. Ce kyste était du volume d'une tête d'adulte et contenait plus de 2 litres en liquide.

L'inoculation de ce liquide a été négative.

Examen histologique : on examine trois points : 1° un fragment de la trompe adhérent à l'ovaire ; 2° un fragment de la trompe avec tuberculose et hypertrophie et 3° la paroi du kyste lui-même .

1° Sur les trompes on trouve des lésions de tuberculose avancée, avec des zones complètement modifiées, nécrobiosées, des nids de cellules géantes en plein tissu enflammé.

2° Sur la portion adhérente à l'ovaire on trouve les mêmes lésions ; dans la paroi externe de la trompe, dont les éléments ne sont pas reconnaissables, le point de fusion de l'ovaire et de la trompe est impossible à voir, si bien qu'il est très difficile de savoir si les lésions tuberculeuses de la trompe n'empiètent pas sur l'ovaire. Cependant sur les points où le tissu de l'ovaire est reconnaissable on ne voit pas de lésions.

La coupe a intéressé le corps jaune, dont la couche lutéinique présente une épaisseur plus grande qu'à l'état normal, et ses cellules sont nettement hyperplasiées.

3° Sur le troisième fragment prélevé, au niveau du kyste de l'ovaire, on voit très nettement qu'il s'agit d'un kyste du corps jaune, c'est-à-dire qu'à côté de la portion du tissu ovarien normal, on voit une grande zone fibreuse complètement enkystée, bordée sur la moitié de son pourtour par une couche de cellules lutéiniques très vivantes à noyau prenant fortement le colorant ; cette couche lutéinique présente des variations d'épaisseur suivant les endroits et repose sur un stroma très vasculaire. En aucun point on ne voit de lésions tuberculeuses.

En somme, tuberculose tubaire avec lésions avancées et kyste du corps jaune sans lésion bacillaire.

Sur ce kyste il n'existe aucune signature de tuberculose ni externe, ni interne, et cependant on peut croire qu'il s'agit d'un beau cas de production tuberculeuse inflammatoire de l'ovaire, d'un de ces cas qui viennent à l'appui des idées de MM. Poncet et Leriche sur la tuberculose génitale inflammatoire.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ESPENEL.)

21 février 1912. — A..., 35 ans, pas d'enfant.

Mère morte de jaunisse.

Père mort d'une fluxion de poitrine.

Personnellement : rien dans l'enfance.

A 25 ans, la malade présente une poussée pulmonaire ayant duré un mois. La malade pesait alors 68 kilogs.

Pas de fausse couche. Pas de blennorrhagie.

En 1910. Elle était soignée par un médecin pour annexite gauche avec leucorrhée.

En janvier 1912. Amaigrissement progressif depuis trois ans. Pèse 49 kilogs.

Elle souffre du ventre. Ses règles sont douloureuses avec caillots.

Au toucher : l'utérus est en bonne position et de chaque côté on sent une masse molle non douloureuse à la pression.

Les dernières règles étaient très rouges, caillots, grands morceaux de peau.

Aux poumons : les sommets sont douteux. On entend de gros frottements à gauche.

Obscurité du sommet droit sans râles.

Le 2 février 1912, la malade entre dans le service de M. le professeur A. Pollosson et on constate à ce moment

que le sommet droit est suspect de bacillose, et l'examen gynécologique révèle des lésions bilatérales, lesquelles, dit la malade, grossissent progressivement.

L'intervention fut pratiquée par M. le professeur A. Pollosson le 21 février 1912.

On trouve les deux ovaires kystiques, chacun du volume d'une mandarine. A gauche, hydrosalpinx du volume d'une banane. Nombreuses adhérences autour.

L'inoculation a donné un résultat négatif. On fait une castration bilatérale des annexes avec conservation de l'utérus.

En mars 1912, la malade consulte de nouveau M. le docteur Espenel.

Elle va bien au point de vue génital. Ses règles persistent.

Aux poumons : frottements bilatéraux, surtout à gauche.

Mai 1912. Disparition des frottements. La malade a augmenté de 2 kilogs 500 grammes.

Novembre. Rien de particulier au point de vue pulmonaire.

Respiration diminuée des deux côtés.

Perte de la mémoire. Céphalées violentes.

Amaigrissement : 42 kilogs.

La malade est opérée d'une sinusite chronique maxillaire. Depuis cette dernière intervention, amélioration de l'état général.

Vu l'histoire de la malade, on se demande si les lésions génitales constatées par l'intervention ne sont pas dues à l'intoxication tuberculeuse.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

Mars 1912. — M^{lle} M..., 35 ans, antécédents héréditaires bacillaires.

Antécédents personnels : à l'âge de 18 ans, affection abdominale (soignée par MM. Laroyenne et Condamin).

Résection du coude pour une arthrite tuberculeuse par M. Gangolphe.

Actuellement, douleur abdominale du côté droit. Crises intestinales avec peaux, glaires, etc. Règles douloureuses. Souffre de la jambe droite surtout au moment des règles.

A l'examen : on constate l'existence d'une masse volumineuse occupant toute la fosse iliaque droite et remontant du côté de l'ombilic, elle plonge en même temps dans le pelvis. Très appréciable par le palper et toucher combinés, elle repousse l'utérus du côté opposé. Cette formation est nettement kystique, rénitente, un peu douloureuse à la pression.

On décide l'intervention.

Laparotomie faite par M. le docteur Violet. On tombe sur un kyste intraligamentaire comme on s'y attendait d'après le développement pelvien de la tumeur. La poche kystique est surmontée par la trompe allongée, épaisse, à paroi indurée, fermée et contenant à son extrémité du caséum très dense, très épais (une cuillerée à café dans l'ampoule tubaire).

L'ovaire n'est point visible, c'est sur lui qu'a dû porter la dégénérescence kystique. On clive cette poche sans ponction préalable, et on est obligé de disséquer l'uretère sur une étendue de 6 à 7 centimètres. On enlève le corps utérin adhérent au kyste; les annexes du côté opposé sont kystiques, la trompe est fermée, peu volumineuse. C'est l'ovaire qui constitue la masse principale, il a le volume d'une mandarine, avec des adhérences autour.

Suites opératoires simples .

Examen histologique : a porté sur deux morceaux :

1° Sur un fragment de la trompe caséifiée et 2° sur un morceau du kyste.

1° Sur la trompe, il n'y a aucun doute que les lésions sont nettement tuberculeuses.

2° Sur le kyste, on constate la présence dans une paroi assez étendue de nombreux faisceaux musculaires lisses, coupés les uns en long, les autres en travers correspondant bien à l'examen macroscopique de la pièce.

Sur la paroi interne on ne trouve aucun épithélium de revêtement régulier, mais en quelques points, dans les zones superficielles, on trouve des formations glandulaires avec un revêtement cylindrique assez régulier qui montre bien l'existence du processus néoplasique, qui rappelle celui des kystes périglandulaires qui indiquent une inflammation chronique.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Nos observations citées, tâchons d'en tirer une idée générale résultant de l'étude anatomo-pathologique, de l'étiologie, de la pathogénie et de l'étude clinique.

a) Etude anatomo-pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, deux sortes de cas peuvent être distingués :

1° Il s'agit de lésions tuberculeuses localisées, avérées, en général atténuées, c'est-à-dire nécrobiotiques anciennes, ou bien des formes proliférantes de tuberculose tubaire.

2° On ne trouve pas de lésions tuberculeuses avérées du côté de la trompe, mais un ou deux ovaires kystiques, des trompes oblitérées par des adhérences de péritonite bacillaire ancienne, ou encore la stérilité, dont la tuberculose est le plus gros facteur.

Les lésions ovariennes se présentent sous différentes formes : 1° ovarite kystique avec poche unique, volumineuse, contenant deux litres de liquide (obs. I); 2° ovarite kystique avec une petite poche du volume d'une orange (obs. VII); 3° plusieurs masses polykystiques à parois minces, simulant soit les kystes parovariens, soit les kys-

tés paraligamentaires (Wolffiens, obs. IX); 4° les kystes intraligamentaires, probablement ovariens (obs. II et IV).

Le contenu de ces kystes est habituellement séreux, jaune citrin, hématique, mais l'examen chimique n'a jamais été fait.

Inoculation. — Jusqu'à maintenant, les inoculations ont été négatives, mais cela ne suffit pas pour nier la nature tuberculeuse de ces lésions; cela ne témoigne que d'une chose : de l'insuffisance des bacilles soit en qualité, soit en quantité, ou plutôt de leur absence et de la nécessité d'admettre des lésions uniquement dues à des toxines. Le poison peut alors venir d'une région éloignée; il est sécrété par un ou plusieurs tuberculomes larvés, qui sont si fréquents et que seule l'autopsie révèle.

Etiologie.

Quant à l'étiologie, deux faits importants nous frappent chez nos malades.

Elles ont toutes présenté des lésions tuberculeuses latentes ou avérées (péritonite bacillaire guérie et réveillée par un traumatisme, mariage, premiers rapports, une tuberculose pulmonaire grave, un cas de tuberculose dans leur famille), et, par contre, toutes sont indemnes d'une affection gynécologique d'autre nature : gonorrhée, infection post-partum ou post-abortum.

Pathogénie.

A l'état physiologique, la sécrétion versée par le corps jaune périodique et par le corps jaune gestatif régit le développement normal de l'appareil génital de la femme,

elle est la course déterminante de la menstruation, dont elle maintient la périodicité; enfin, elle prépare l'utérus à la greffe de l'œuf fécondé et rend facile sa fixation.

Qu'une cause pathologique vienne frapper l'ovaire, sa fonction normale est déviée et divers troubles en résultent.

Une des causes fréquentes, capables d'agir sur la fonction ovarienne, est la tuberculose. Sous l'influence d'intoxication tuberculeuse se produit une déviation de la fonction ovarienne et, consécutivement à cette irritation, une hyperplasie et une néoformation sous forme de kystes plus ou moins considérables.

MM. Poncet et Leriche pensent (1) : « que ces kystes sont l'aboutissant d'infections variées, à seule condition qu'elles soient peu virulentes.

« D'ordinaire, l'infection causale est ascendante, l'ovaire scléro-kystique accompagne fréquemment la salpingite ancienne. Mais, bien des fois, il existe, alors que les trompes sont saines. L'infection, dans ces cas, a été générale, elle est venue par le sang. Ce peut-être une infection aiguë; on a cité des ovarites post-rubéoliques, ourliennes; habituellement, il s'agit d'une infection chronique, de la syphilis ou de la tuberculose. Le rôle de la tuberculose a été particulièrement mis en évidence par Kahlden. Il a signalé la fréquence de la dégénérescence micropolykystique à l'autopsie des tuberculeuses pulmonaires avancées; il l'a vue coïncider avec de la tuberculose de l'ovaire et des trompes. »

(1) Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1910. Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel, par MM. Poncet et Leriche.

MM. Poncet et Leriche ont fait de pareilles constatations. Depuis quatre ans que leur attention est attirée sur ce point, ils ont cherché l'état des ovaires chez toutes les tuberculeuses dont ils ont fait l'autopsie. « Nous les avons trouvés scléro-kystiques dans presque tous les cas où la maladie avait été lente. De même, opératoirement, nous avons vu une trompe caséeuse au voisinage d'un ovaire scléreux à petits kystes chez une jeune femme.

« D'autres que nous (Delore) ont vu des faits de ce genre. Il est donc certain que l'ovarite scléro-kystique est souvent satellite d'une tuberculose en évolution, proche ou distante; c'est une lésion para-tuberculeuse, une lésion de tuberculose inflammatoire.

« Aussi, toutes les fois que l'on constate la dégénérescence polykystique des ovaires, ne doit-on pas se contenter de ce diagnostic anatomique; il faut chercher la cause, mettre tout en œuvre pour la révéler. Cette recherche conduira peut-être à saisir, à l'aube de son développement clinique, une tuberculose latente, existant inaperçue, aux effets lointains de son évolution rapide.

« C'est ainsi que, chez une jeune femme opérée ailleurs pour une maladie de Reclus typique (mastite micro-kystique bilatérale), laparotomisée dans notre service pour des ovaires scléro-kystiques, le séro-diagnostic tuberculeux nous a donné l'indication utile d'une intoxication tuberculeuse, impossible à démasquer cliniquement.

« Depuis longtemps, nous attendons l'occasion de faire une recherche identique dans l'hydrosalpinx.

« Nous visons ici cliniquement ces grosses trompes

(1) Sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause, par Roux, de Brignoles. *La Gynécologie*, 1909.

kystiques, en cornemuse, remplissant le petit bassin, ne présentant aucun stigmate d'infection péritonéale ancienne ou récente. Ces hydrosalpinx essentiels se voient surtout chez des jeunes femmes ou des jeunes filles. Ils se développent lentement, insidieusement, dans un silence péritonéal absolu. Nulle cause apparente ne les produit. Il y aurait lieu, à l'avenir, de voir si le liquide salpingien agglutine, ou s'il tuberculise le cobaye, et surtout de rechercher les conditions cliniques latentes de sa formation.

« Nous sommes d'autant plus portés à lui supposer une origine tuberculeuse possible, que nous avons vu l'hydrosalpinx banal à liquide clair, à parois histologiquement aspécifiques, au contact d'une tuberculose caséuse des annexes opposées.

« Au reste, pareille coïncidence a déjà été relevée, et quelques auteurs ont fait la même hypothèse que nous.

« Lea, Albertin ont parlé de l'origine tuberculeuse probable de certains hydrosalpinx, qu'ils considèrent comme le résultat d'une infection atténuée; pour eux, comme pour nous, il s'agit, avant tout, d'une impression clinique. D'ailleurs, probablement seuls, les considérants cliniques seront positifs en pareil cas : l'expérience nous a montré que les recherches de laboratoire étaient rarement démonstratives dans ces syndromes d'intoxication tuberculeuse fruste.

« On ne manquera point d'objecter que si l'inoculation est négative, alors que manquent les autres critères scientifiques (examens bactériologique et histologique); on ne doit point parler de tuberculose.

« On nous redira que la tuberculose vraie est une maladie à étiquette qui porte toujours sa signature avec elle,

que notre tuberculose à nous ne saurait exister, puisqu'elle n'en a pas, et que l'hydrosalpinx par tuberculose inflammatoire est une simple vue de l'esprit, si rien, localement, n'y avère le passage du bacille.

« Mais nous pensons que l'on n'a plus le droit, aujourd'hui, de faire montre d'un tel absolutisme. Les cadres étroits dans lesquels on croyait avoir, malgré la clinique, enfermé la tuberculose, ont éclaté depuis longtemps, et la doctrine des critères spécifiques, toujours nécessaires, a, depuis des années, fait faillite. Les syndromes d'intoxication tuberculeuse, les processus d'irritation chronique échappent, jusqu'à présent, au rigorisme de la méthode expérimentale. Est-ce une raison pour les nier, comme on niait, il y a quelques années, l'origine tuberculeuse des lésions non folliculaires et la réalité de la tuberculose inflammatoire ?

« L'étude des localisations de la tuberculose inflammatoire sur la glande à sécrétion interne de l'ovaire va nous en montrer le mécanisme précis.

« Il peut paraître, au premier abord, un peu osé de soulever cette question. Pour quelques-uns, le rôle est encore bien hypothétique de ce que Segond, à un tout autre point de vue, appelait la « pharmacie ovarienne ». Pourtant, les travaux si remarquables d'Ansel et Bouin ne peuvent laisser place aux doutes et il nous semble que leurs dernières recherches complètent avec une admirable rigueur la démonstration, déjà si poussée, qu'ils avaient entreprise avec Villemin.

« On sait ce qu'il en est de la glande endocrine de l'ovaire.

« Tandis que chez nombre d'animaux, elle est cons-

lante, pareille à l'interstitielle du mâle, chez la femme elle est intermittente et périodique. Elle est représentée, comme l'avait pensé Prenant en 1898, par le corps jaune qui se forme aux dépens du follicule de de Graaf rompu.

« Arrivée à la période d'état, une dizaine de jours après la rupture du follicule, cette glande sécrète en plein rendement pendant cinq à six jours, puis régresse lentement. La grossesse rompt l'harmonie de ce rythme : s'il y a fécondation, le corps jaune persiste au delà de la période conceptionnelle et n'entre en régression qu'au bout de trois à quatre mois.

« La destruction du corps jaune périodique est suivie d'une atrophie surprenante du tractus génital; son apparition semble déterminer la puberté; sa cautérisation ou l'arrêt provoqué de son développement entraîne la suppression de la menstruation suivante; enfin, en cas de fécondation, sa destruction complète la fixation de l'œuf ou le fait régresser.

« Puisqu'il en est ainsi expérimentalement, on conviendra aisément que tout ce qui, pathologiquement, viendra troubler, de façon continue, l'évolution normale du corps jaune, apportera une perturbation considérable dans la vie féminine. Pour la troubler de façon durable, il faut une atteinte bilatérale, dévitalisant, pour ainsi dire, les follicules de de Graaf. Cette action stérilisatrice pourra s'exercer sur un plus ou moins grand nombre de follicules; suivant les cas, l'ovogénèse sera définitivement ou passagèrement arrêtée.

« Qu'une inflammation vienne étouffer quelques follicules, entraver ou simplement retarder la maturation de l'ovule, la déchirure du sac folliculaire ne se fera pas, ou,

si elle se fait, les débris cellulaires restant dans la paroi seront improductifs; le corps jaune formé sera, en quelque sorte, mort-né, sa sécrétion, insuffisante ou absente, ne pourra pas avoir les actions nécessaires.

« S'il s'agit d'une jeune fille à l'éveil de la puberté, la menstruation ne s'établira pas ou s'arrêtera vite, les caractères sexuels n'apparaîtront pas ou ne feront que s'ébaucher; l'enfant restera physiquement et psychologiquement impubère, l'utérus sera voué à l'infantilisme et tout espoir de maternité future devra être perdu. S'il s'agit d'une femme, la menstruation sera languissante ou manquera; l'utérus et ses annexes ne recevant plus l'impulsion nutritive nécessaire s'atrophieront; si une fécondation survient, le corps jaune sera impuissant à remplir sa fonction fixative indispensable et la grossesse s'arrêtera avant l'heure marquée. Mais la richesse de l'ovaire en ovules primordiaux est telle, que, si l'infection sclérosante cesse d'agir, de jeunes ovules pourront peut-être arriver à maturité et faire oublier, dans une certaine mesure, les désordres passés.

« En somme, la sclérose ovarienne ou l'imprégnation toxique du follicule de de Graaf peut entraîner l'infantilisme, l'hyperplasie génitale, l'aménorrhée, la dysménorrhée et la tendance aux avortements répétés. Or, de toutes les causes de sclérose ovarienne, une des plus fréquentes est sans conteste la tuberculose (1). On la voit soit sous la forme de sclérose simple, soit avec l'aspect de la sclérose à petits kystes.

(1) Sonder abdruck aus der *Deutschen Medizinische Wochenschrift*, 1912. Von Dr Josef Hollós. Die tuberculose Aetiologie der Menstruationsstörungen.

« Dans l'ovaire à petits kystes, les follicules subissent une évolution atrésique et le corps jaune est abortif. Il en résulte que, chez les tuberculeux avérés ou latents, l'infection, sous des dehors banaux, avec le masque habituel de la tuberculose inflammatoire, réalise lentement une véritable « *castration sous-albuginée* ». Et ceci nous explique pourquoi les tuberculeuses sont souvent des infantiles et des hypoplasées, pourquoi, chez elles, l'aménorrhée et la dysménorrhée sont fréquentes, pourquoi enfin, en cas de grossesse, l'avortement est toujours menaçant. »

Les ovarites kystiques, kystes folliculaires, kystes du corps jaune présentent une analogie évidente avec les productions kystiques des autres organes : rein polykystique, goitre kystique, adénome du sein, maladie kystique de Reclus, maladie noueuse de Tillaux.

D'après M. Tixier, c'est la tuberculose qui crée les néoformations kystiques dans différents points de l'organisme. M. Tripier attribue encore à la tuberculose une hyperproduction glandulaire œdémateuse constatée chez un tuberculeux, dans la paroi sclérosée d'un estomac atteint d'ulcère.

Il fait remarquer aussi que « dans la tuberculose mammaire l'hyperproduction des cavités glandulaires acineuses est très remarquable », et il lui a semblé, d'autre part, que les adénomes du sein chez les jeunes filles se contraient plutôt avec les antécédents tuberculeux. Les ovarites kystiques peuvent être des follicules augmentés de volume; ou bien il peut se produire une hémorragie intra-kystique dans un vaisseau oblitéré; ou bien encore

rupture du kyste dans le péritoine, ou formation d'une poche d'hématocèle.

L'hémorragie intra-kystique est consécutive à la rupture d'un vaisseau altéré dans une cavité kystique. Le sang sous pression s'épanche à l'intérieur de celle-ci et constitue le kyste hématique de l'ovaire.

Les hématomes de l'ovaire sont de deux sortes, suivant qu'ils se produisent dans un kyste folliculaire ou dans la cavité d'un corps jaune.

Les follicules ne contiennent généralement que du liquide clair; ils se rompent en ne donnant qu'un suintement sanguin insignifiant.

Par suite d'anomalie de la ponte, il y a parfois hémorragie véritable, soit au moment de la rupture du follicule, soit avant ou après celle-ci.

Avant la rupture du follicule, il y a formation d'hématomes folliculaires; après la rupture, l'hémorragie se produit à l'intérieur du corps jaune; elle donne les hématomes « du corps lutéum ». Les hémorragies intra-folliculaires peuvent être primitives sans nécessiter une altération antérieure de l'ovaire, car on les voit survenir chez de jeunes femmes en pleine activité sexuelle et en l'absence de toute tare pathologique.

Potier trouve l'origine de ces hémorragies primitives dans les troubles circulatoires résultant d'une excitation génésique exagérée, et également dans le traumatisme local provoqué par le coït.

Pour Boeckel, l'accroissement de ces kystes hématiques se ferait chaque mois par une sorte de ponte intra-kystique, par ouverture à son intérieur du contenu des follicules des menstruations suivantes; c'est ce qu'il ap-

pelait les « kystes ménorragiques », susceptibles d'accroissement à chaque période menstruelle.

Mais, plus fréquemment, après les constatations macroscopiques, l'hémorragie se produit à l'intérieur d'un ovaire déjà malade, « dans un follicule ayant déjà subi la dégénérescence scléro-kystique et affranchi, par conséquent, de tout rapport de fonction avec ses congénères » (Maurange).

L'hémorragie survient à titre d'accident dans l'évolution de l'ovarite scléro-kystique.

Au point de vue clinique, la distinction entre l'hémorragie primitive et secondaire est la suivante : aux hémorragies survenant dans des kystes déjà altérés, doivent correspondre les cas à début brusque, accidentels et uniques. Aux hémorragies des kystes hématiques primitifs doivent se rattacher ces hématocèles évoluant par poussées successives.

Ce kyste sanguin peut se résorber, tout au moins rester stationnaire, ou au contraire s'accroître jusqu'à ce qu'il éclate et se vide à l'extérieur.

Il se produit alors ou une inondation péritonéale avec phénomènes graves habituels dans ces cas, ou le sang épanché s'enkyste donnant ainsi naissance à une hématocèle avec suites différentes suivant la thérapeutique. L'existence d'hématocèle en dehors de la grossesse extra-utérine est démontrée dans la thèse de Tartanson.

ÉTUDE CLINIQUE

La clinique nous offre à étudier deux types différents :

1° La lésion tubaire prédominante (salpingite tuberculeuse en évolution ou chronique avec poussées successives : publication de MM. Jamin et Violet, thèse de Martin), et les lésions ovariennes sont des trouvailles d'opération.

Les malades viennent consulter parce qu'elles souffrent dans le bas-ventre ou dans les reins, leurs règles sont douloureuses, abondantes et fréquentes, ou, au contraire, diminuent et manquent parfois; elles ont de la diarrhée, des pertes blanches un peu opaques, jaunâtres, douées d'une odeur désagréable rappelant un peu l'odeur des écoulements cancéreux.

La température est en rapport avec le type anatomique des lésions. Dans les formes aiguës, on peut constater de grandes oscillations avec exacerbations vespérales, avec frissons, sans retentissement apparent sur l'état général.

Dans d'autres (formes chroniques), il peut exister une légère ascension fébrile de 37°5 à 38°. L'amaigrissement est rapide, les malades entrent souvent à l'hôpital dans un état cachectique tel, qu'on hésite entre le diagnostic de néoplasme et de tuberculose. C'est le cas de la malade B... (obs. VII), qui présentait plusieurs foyers tubercu-

leux : pulmonaire, intestinal, tubaire avec lésions avancées, avec des zones complètement mortifiées, nécrobiosées, des nids de cellules géantes en plein tissu enflammé et le kyste de l'ovaire développé sous l'action de la toxine sécrétée au voisinage, sans signature « tuberculose ».

C'est aussi le cas de la malade G. P. (obs. II), dont l'examen physique ne révélait que des lésions annexielles, survenues par accès successifs; en opérant, on tombe sur un kyste de l'ovaire développé aux dépens du corps jaune. Alors, tuberculose annexielle avec kyste du corps jaune, dû à la tuberculose inflammatoire.

2° Deuxième type : Les lésions tubaires sont éteintes, guéries; il y a eu une poussée autrefois et, depuis, plus rien, sauf le développement des masses ovariennes plus ou moins volumineuses.

La malade G. T... (obs. IV), qui ne présente aucun antécédent tuberculeux, dont l'examen clinique révèle les kystes intra-ligamentaires bilatéraux et l'opération suivie d'examen histologique des pièces prélevées montre les lésions tuberculeuses de la trompe déjà éteintes et l'existence, de chaque côté, d'un kyste intra-ligamentaire avec, dans un point, des masses fongueuses.

La malade M^{lle} M... (obs. IX), avec des antécédents bacillaires héréditaires et personnels incontestables, présente à l'examen une formation kystique volumineuse et l'intervention suivie de l'examen histologique des pièces montre, à côté des kystes bilatéraux, des lésions tuberculeuses de la trompe, qui est allongée, épaissie, à paroi indurée, fermée et contenant à son extrémité du caséum très dense, mais lésions éteintes passées inaperçues à l'examen clinique.

Les malades M^{lle} L... (obs. V) et A... (obs. VI) présentent une histoire analogue.

Dans un autre type, où les signes fonctionnels prédominent, les malades viennent consulter à cause de la stérilité, les autres se plaignent de douleurs dans le ventre, leur ventre grossit. Certaines d'entre elles ont de la dysménorrhée prémenstruelle ou intermenstruelle (1).

L'examen révèle des masses de petit volume, volume du poing.

C'est le cas de la malade A. V... (obs. I), qui avait eu une péritonite bacillaire à 11 ans; depuis, bonne santé; vient consulter pour des troubles divers (nausées, vomissements, le lait à la pression des seins), qui lui firent penser à une grossesse. Elle continue pourtant à être réglée régulièrement et son ventre ne grossit pas. A l'examen, on trouve, dans le cul-de-sac latéral gauche, une masse du volume d'un gros poing, de consistance molle, avec des noyaux indurés débordant dans le cul-de-sac antérieur; à l'opération, on trouve des kystes tubo-ovariens bilatéraux plus volumineux à gauche et de nombreuses adhérences, reliquats d'une ancienne péritonite bacillaire.

La malade A. C... (obs. VI) présente des antécédents tuberculeux personnels, péritonite bacillaire probable, et son mari mort tuberculeux. Elle souffrait depuis trois ans, par périodes, de coliques abdominales, surtout dans la région hypogastrique. Entre à l'hôpital à la suite de deux crises abdominales brusques, survenues dans l'in-

(1) SABAIL. — Du rôle des eaux de Saint-Sauveur. *La Gynécologie*, juillet 1912.

tervalle de dix-huit jours, avec irradiations lombaires, vomissements, ballonnement très marqué du ventre.

A l'examen, on constate à droite une masse molle, fluctuante et très mobile. L'opération montre un kyste de l'ovaire droit à contenu hématique avec hydrosalpinx.

Nous pouvons rapporter le cas d'une malade dont nous parla M. le professeur A. Pollosson. Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, qui était opérée par M. A. Pollosson deux fois dans l'intervalle d'une année, 1910-1911.

La première intervention était faite pour une affection aiguë: des hémorragies intra-kystiques donnaient au tableau clinique l'impression d'accident possible de torsion du pédicule; il n'en était rien et les kystes intra-ligamentaires, adhérents, étaient le siège du liquide mêlé de sang.

La seconde fois, la malade était opérée du côté opposé; on trouva une masse polykystique très adhérente aux lésions tubaires, mais pas d'hémorragie. Chez cette malade, la tuberculose est un résultat d'impression clinique générale, nous n'avons pas cité ce cas parmi les observations, car la nature tuberculeuse des lésions n'était pas démontrée, ni histologiquement, ni bactériologiquement.

La malade (obs. VII) vient consulter M. le professeur A. Pollosson pour stérilité; elle a peu de douleurs. Comme antécédents, péritonite bacillaire dans l'enfance.

A l'examen, l'utérus est en bonne position et l'on sent des masses bilatérales.

On pense à des kystes de l'ovaire et on décide l'intervention.

On trouve, à l'opération, un kyste de l'ovaire droit du volume de deux poings, le pavillon de la trompe du même

côté est ouvert, étroit; à son milieu, il existe un renflement du volume d'une noix, caséeux. Adhérences autour de l'utérus et des annexes. A gauche, ovaire sain; le pavillon ouvert, la trompe est sectionnée à son milieu et on constate à chaque extrémité un petit foyer caséeux du volume d'une tête d'épingle en verre.

Il s'agit ici, comme l'a montré l'examen histologique, d'une tuberculose tubaire avancée avec cellules géantes, et, à côté, un kyste de l'ovaire, dont l'examen microscopique n'a pas été fait; mais, macroscopiquement, les lésions tuberculeuses n'étaient pas constatées.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Y a-t-il intérêt à rédiger un chapitre analogue ?

Non, car c'est une thèse de doctrine, dans laquelle nous voulons démontrer l'existence de ces lésions.

Le diagnostic clinique n'existe, pour ainsi dire, pas.

Il faut songer simplement à la possibilité de cette éventualité au point de vue anatomique, pièces en main.

On rencontre ces lésions dans différentes formes :

1° Tuberculose tubaire avec ovaire sain.

2° Tuberculose tubaire avec tuberculose de l'ovaire (1).

3° Tuberculose tubaire avec kystes de l'ovaire tuberculeux (2).

4° Tuberculose tubaire avec kystes de l'ovaire non tuberculeux.

5° Ou, enfin, kystes ovariens, ou ovarites kystiques, liés à la tuberculose, sans lésions tubaires concomitantes.

Pronostic.

Le pronostic est difficile à établir; il dépend de l'état général de la malade, de la forme des lésions et de la précocité du diagnostic.

(1) Thèse de Pillaud. Paris.

(2) Thèse de Rémy, Lyon 1905.

L'histoire naturelle de ces lésions est impossible à établir avec si peu d'observations. L'opération supprime l'observation des suites et de l'évolution.

Suivant les formes, l'ovaire kystique peut rétrocéder ou diminuer; il peut se rompre dans le péritoine et le contenu se résorber sans laisser de trace; parfois, il se reforme de nouveau.

Le contenu épanché peut s'enkyster et donner naissance à une hématoécèle. Certains kystes augmentent progressivement de volume ou suppurent au voisinage.

Traitement.

Le traitement varie avec les lésions. Actuellement, on n'intervient que pour la cause principale. Un kyste qui suppure ou grossit régulièrement est justiciable d'ablation. Mais, dans les formes d'ovarites kystiques plus petites, non suppurées, vue le nombre insuffisant d'observations, il est impossible de dire quelle est la thérapeutique locale qui convient le mieux.

Est-ce un traitement radical ? Conservateur ? Expectatif ?

C'est un problème à résoudre à l'avenir.

Dans tous les cas, un traitement général est indiqué.

« Il arrivera quelquefois, en y songeant toujours, à démasquer l'infection originelle, dont les différents troubles ne sont que des symptômes anormaux. On évitera de s'attarder à une thérapeutique locale insuffisante et vaine. L'hygiène générale du tuberculeux, l'orientation résolument différente de la vie permettront peut-être d'arrêter des lésions non encore irrémédiables. » (Poncet et Leriche.)

CONCLUSIONS

I. — Il existe, au voisinage des trompes tuberculeusés, des productions ovariennes kystiques sans lésion tuberculeuse spécifique.

II. — Les lésions tubaires peuvent être des salpingites en évolution ou des salpingites chroniques, ou bien n'exister que sous forme de reliquats anciens, de foyers caséifiés, enkystés.

III. — Les lésions ovariennes kystiques peuvent correspondre ou à des ovarites kystiques nettement inflammatoires : kystes folliculaires et kystes du corps jaune, ou à des lésions d'aspect plus néoplasique, adénomes, kystes véritables avec proliférations glandulaires.

IV. — Il faut admettre une relation causale entre les lésions tuberculeuses tubaires et les lésions ovariennes non spécifiques. Il ne s'agit pas d'une simple réaction banale de l'ovaire vis-à-vis d'un foyer infectieux péri-ovarien. Il est vraisemblable d'admettre, avec MM. Poncet et Leriche, que ces lésions ovariennes sont sous la dépendance de la tuberculose toxique ou inflammatoire.

Mais, à leur doctrine qui les conduit à admettre, sans

preuve anatomique suffisante, qu'il faut expliquer ainsi tous les cas d'ovarites kystique sans aucun foyer tuberculeux signé, nous apportons des cas intermédiaires dans lesquels, avec des productions ovariennes kystiques non signées, il existe une signature tuberculeuse au niveau de la trompe.

Vu :

Le Président de la Thèse,

AUG. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 février 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

